

DELEGA PER LA FORNITURA PRODOTTI PER L'ASSORBENZA

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome del delegante)

C.F.: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Documento d'identità n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

AUTORIZZA ALLA PRATICA PER

LA FORNITURA DI PRODOTTI PER L'ASSORBENZA

Il Sig/ra \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della persona alla quale si delega la pratica )

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Documento d'identità n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

che mi rappresenta

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(del delegante)

Si prega di presentarsi all'Ufficio Assorbenza muniti di  
documento d' identità valido e Tessera Sanitaria del delegante